

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 046656

138814

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1022 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MU AGNAN Halima

Date de naissance :

Adresse : Résidence EL KOURIM TUNY GU

APT N° 6 Hôpital EKALAH CIL

Tél. : 05 69 26 36 79 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/09/22

Nom et prénom du malade : M. AGNAN HALIMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ecroulure articulaire + coxarthrose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :


Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.


Fait à : Le : 30/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10-08-22			150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/09/22	499,70

092047489

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

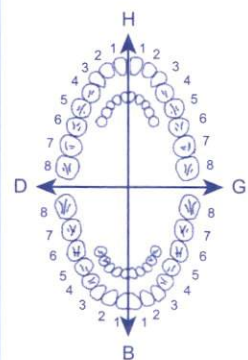
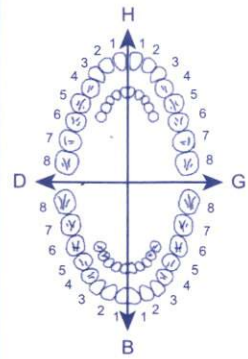
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BELGHITI Khadija

Médecin Généraliste
Echographie Générale

الدكتور بلغيتي خديجة

الطب العام
الصدى الصوتي العام

Casa le , 30-08-22

M^{me} ADNAN HAUMA

PHARMACIE OULMES CASA

090009.A.0000000

Angle Bd Ghanli et Yacoub

El Mansour Casablanca

Tél: 0522 36 08 06

Floxiwet 200



1 cp x 2 j - 10 j

90,10

Stilux



1/2 cp le soir

56,60

Dolygylax ovules



1 ovule le soir

38,30

Aiflorex



1 cp x 2 j

24,50

45 ، شارع بوركون الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 11 01

45. Bd de Bourdoane 1^{er} étage - Casablanca - Tél : 05 22 22 11 01

12.00. (7) Normagyl. 1 cp 4h x 2 j.

57.70 (6) Benex 1 s x 1 j - 05
499.70.

Dr. BELGHITI Khadija
 Médecin Généraliste
 45, Bd. Bourgogne 1er Etage
 App. N° 3 - Casablanca

PHARMACIE OULMES CASA
 S.A.R.L.A.U.
 09000013728700
 Angèle Du Chantet Yacoub
 El Mansour
 68777000
 Tél: 0522 88 06

SYMBI
alflorex®
pour le Syndrome de l'Intestin Irritable

10/58/33

Poids net : 7,5 g e

103008

2024/03

Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C.: 245,00 DH
CE N°: 34757/2019/DMP

SYMBI SYS®

alflorex®

pour le Syndrome de l'Intestin Irritable

MAPHAR
POLYGYNAX 6 capsules vaginales
Bd. Akkamu No. 6, Qr-Sidi Bernoussi,
Casablanca / Maroc
P.P.V.: 380DH30

6 118001 182015

NORMOGASTRYL

PPV 120DH00
EXP 06/2025
LOT 1809993

LOT : 22E004
PER: 12 2026

P.P.V.: 57DH70

6 118000 010234

STILNOX 10MG
CP PER SEC B20

P.P.V.: 56DH60

6 118000 061465

un rôle important dans la survenue
ne de l'Intestin Irritable (SII). La
barrière intestinale peut permettre
es agents pathogènes étrangers de
le causer des irritations.
venir irrité et sensible et entraîner
du Syndrome de l'Intestin Irritable

az
les
ation

souche unique *Bifidobacterium longum*
a prouvé son efficacité dans la réduction
Syndrome de l'Intestin Irritable. La souche
35624® fait partie de la famille des
mère au bébé à la naissance et
l'intestin humain. Elle transite à
atteint l'intestin en vie.

ômes typiques du Syndrome de
l'Intestin Irritable en se fixant sur l'intestin irrité et créant un
réduisant ainsi la perturbation de

une souche *B. longum*. Autres

Alflorex® peut être pris au cours ou en dehors des repas, à
n'importe quel moment de la journée. Avalez la gélule entière
avec suffisamment de liquide (par exemple, un verre d'eau ou
de lait plutôt que des boissons acides comme les jus).
Le produit est à usage oral.

Les jus de fruits sont généralement acides et l'acidité peut
causer des dommages sur la souche 35624®. Nous recomman-
dons de prendre Alflorex® avec de l'eau ou du lait ou des
boissons moins acides comme les laits de soja, d'amande ou de
riz.

Néanmoins, Alflorex® peut être pris dans le cadre d'un repas
avec un jus de fruits, car les aliments contribueront à protéger
la souche Alflorex®.

En tant que souche bactérienne, les effets de la souche
B. longum 35624® pourraient être inactivés par un traitement
antibiotique. Nous recommandons de continuer à prendre
Alflorex® pendant la prise d'antibiotiques, cependant la dose
journalière d'Alflorex® doit être prise séparément de l'antibio-
tique

FRÉQUENCE D'UTILISATION

Prendre 1 gélule d'Alflorex® par jour pendant 1 mois. Il est
important de prendre Alflorex® régulièrement et de finir le
traitement complet.